

A női börtönnépességről

Napjainkban világviszonylatban *több mint félmillióra* tehető azon nők, illetve leányok száma, akik fogvatartotként előzetes letartóztatásukat vagy szabadságvesztés büntetésüket töltik. A 2006-os adatok alapján a női börtönnépesség hozzávetőlegesen harmada az Egyesült Államokból, Kínából, az Orosz Föderációból, illetve Thaiföldről került ki. Ténykérdés továbbá, hogy a női fogvatartottak a férfiakhoz viszonyítva általában a börtönnépesség elhanyagolható hányadát, 2–9%-ot képviselnek.¹ Az európai kontinensen arányuk átlagosan 4,9%-ra tehető,² a legnagyobb arányt Spanyolország (7,9%) és Hollandia (8,7%) tudhatja magáénak, hazánkban pedig a 2009. június 30-i adatok alapján a nők a fogvatartotti népesség 6,3%-át alkották.³

A női fogvatartottak relatíve kis száma ellenére számos országban mégis *létszámuk* számottevő *emelkedése figyelhető meg*. Észtországban például 2000. és 2004. között a női börtönnépesség 41%-os növekedése következett be, de emellett az előzetes letartóztatásban lévő nők száma még gyorsabban nőtt, a fenti időszak alatt majdnem megduplázódott.⁴ Az Angliára és Walesre vonatkozó adatok szerint a női fogvatartottak létszáma az 1994. és 2004. közötti 10 éves periódus alatt 151%-ot emelkedett, míg 1996. és 2006. között több mint a kétszeresére nőtt. A növekedés hátterében a szabadságelvonással járó jogkövetkezmények fokozott alkalmazása állt: amíg ugyanis 1991-ben például közlekedési bűncselekmények elkövetése miatt az érintett nők 8%-át küldték börtönbe, addig 2001-ben már 42%-át. Hasonló jelenség zajlott le egyébiránt a lopások elkövetőivel szemben is.⁵ Az USA-ban és a szigorú drogpolitikai szemléletet képviselő országokban ugyanakkor a női fogvatartotti népesség létszámának emelkedése mögött a kábítószer-bűncselekményeket⁶ elkövető nők nagyarányú bebörtönzése figyelhető meg.

¹ WALMSLEY, ROY.: *World Female Imprisonment List*, International Centre for Prison Studies, London, 2006. 1. p.

² World Health Organization: WHO Conference on Women's health in Prison. Correcting gender inequities in prison health. Consultative document for discussion at the WHO International Conference on Prison Health – Kyiv, Ukraine 13 November 2008., Copenhagen, 2008. 1. p.

³ A Spanyolországra vonatkozó adat 2009. augusztus 28-i, míg a Hollandiára vonatkozó a 2008. augusztus 31-i állapotot tükrözi. Letölthető: <http://kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief>

⁴ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: Estonia, www.quaker.org/qcea/prison

⁵ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: United Kingdom (England and Wales) és HARRIS, FRANCESCA – HEK, GILL – CONDON, LOUISE: *Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity*. Health and Social Care in Community 2006/15 (1) 59. p.

⁶ Az Európai Kábítószerügyi Központ a kábítószerrel kapcsolatos bűnözést 4 kategóriába sorolja. Ide tartoznak a pszichoaktív szer hatása alatt elkövetett bűncselekmények, a kábítószer fogyasztáshoz szükséges pénz megszerzése érdekében elkövetett bűncselekmények, a kábítószer-elosztás, és ellátás részeként elköve-

Utalnék továbbá arra, hogy számos büntetés-végrehajtásban a fogvatartotti létszám növekedésének rátája jóval nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál. Az USA Statisztikai Hivatalának 2008. augusztusi jelentése⁷ szerint például 1991. óta 2007. közepéig 122%-kal nőtt az elítélt anyák száma, míg ugyanezen időszak alatt a bebörtönzött apák esetén a növekedés 77%-os volt. Skóciában 1996/97. és 2005/2006. között a női börtönnépesség 77%-os emelkedése állt szemben a férfiak 12%-ával,⁸ illetve az 1998/99 és 2007/2008. közötti időszakot vizsgálva a női átlag börtönnépesség növekedése már 87% volt.⁹ Angliában 1992. és 2002. között 173%-kal emelkedett a női és „csak” 50%-kal a férfi fogvatartottak létszáma.¹⁰

A fenti példákkal szemben viszonylag stabilnak mondható a női fogvatartottak száma és aránya ugyanakkor többek között Dániában, Lettországbán, Norvégiában és Svédországban,¹¹ valamint Bulgáriában, a Cseh Köztársaságban és Olaszországban. Ennél összetettebb a kép Németországban és Lengyelországban, ahol a női fogvatartottak létszámának növekedésével párhuzamosan arányuk a teljes börtönnépességen belül állandó maradt. Egy ország említendő, ahol számszerűségében és arányaiban is csökkent a női fogvatartotti állomány: Andorra.¹²

A női börtönnépesség számbeli és aránybeli növekedése ellenére világviszonylatban ténykérdés a férfi fogvatartottak dominanciája, ami számos következménnyel jár együtt.

- Így a börtönrendszerek zömében a női fogvatartotti népességre vonatkozó adatok, *statisztikák sok esetben nem állnak rendelkezésre*, illetve hiányosak.
- Emellett kevés a nők számára kialakított büntetés-végrehajtási intézet, ami gyakorta eredményezi a lakóhelytől távoli elhelyezést, és negatívan befolyásolja a családi kötelek fenntartását.
- Az elhelyezés további kihatása lehet, hogy *bizonyos elkülönítési szempontokat* a büntetés-végrehajtási hatóságok *nem tudnak érvényesíteni*, így például eltérő elkövetői múlttal rendelkezőket zárnak össze, előzetes letartóztatottak és elítélt nők együttesen kerülnek elhelyezésre, esetleg a fogvatartott nők számára nincs külön fogvatartási körlet kialakítva a férfiak számára létrehozott intézményen belül.
- A börtönnépesség kisebbségét képező női fogvatartottakon belül további kisebbséget jelentenek, és helyzetükből, életkorukból adódóan még rosszabb helyzetben vannak egyrésről a *külföldiek*, másrésről pedig a *fiatalkorúak*, illetve az *idősebb nők*, de ide sorolhatók a jogerős ítélettel nem rendelkező *előzetes letartóztatottak* is.

tett bűncselekmények, valamint a kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések, azaz a kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok ellen elkövetett deliktumok. <http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page093-en.html>

⁷ LAUREN, G. – MARUSCHAK, L.M.: *Parents in prison and their minor children*. Bureau of Justice Statistics Special Report, August 2008., 2. p.

⁸ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: Scotland, www.quaker.org/qcea/prison

⁹ Prison Reform Trust: Bromley briefings prison factfile. June 2009. 21. p; www.prisonreformtrust.org.uk

¹⁰ PLUGGE, EMMA – DOUGLAS, NICOLA – FITZPATRICK, RAY: *The health of women in prison study findings*. Department of Public Health University of Oxford, 2006. 13. p.

¹¹ NDPHS Expert Group on Prison Health: Women's Health in Prison in the Northern Dimension Area. Thematic Report. NDPHS Series No. 3/2008.

¹² The Quaker Council for European Affairs: Women in prison. A review of the conditions in Member States of the Council Europe, February 2007. 25. p.

A nőkre vonatkozó végrehajtási adatok

Az Európa Tanács tagállamai körében 2004-ben végeztek el egy kérdőíves felmérést,¹³ amely többek között arra kereste a választ, hogy a nők mekkora hányadát teszik ki az adott ország börtönépességének, ezen belül mekkora arányt képviselnek a külföldi nők, a fiatalok, az idősebb korosztály, illetve az előzetes letartóztatásban lévők. A felmérés tárgya volt továbbá a bebörtönzést megalapozó bűncselekmények vizsgálata, az ítéleti tartam, a fogva tartó intézmények vizsgálata, a nők egészségügyi helyzete, munka- és oktatási lehetőségeik feltérképezése. A kutatási eredményekből az derült ki, hogy a válaszadó 28 ország, illetve Anglia és Wales, valamint Koszovó sok esetben nem rendelkezett a válaszadáshoz szükséges adatokkal. Belgium, Svájc és Lengyelország nem tudott például adatot szolgáltatni arra vonatkozóan, hogy milyen arányban vannak jelen a fogvatartottak között a külföldi nők. Olaszország, Belgium, Svájc mellett Ausztria sem nyilatkozott arra vonatkozóan, hogy milyen típusú bűncselekmények elkövetése miatt töltötték szabadságvesztés büntetésüket a női elítéltek. Hazánk, Ciprus, Lengyelország és Svédország pedig nem rendelkezett adatokkal azzal összefüggésben, hogy mennyi az átlagos ítéleti tartam a fogvatartott nők esetében. Magyarazatként lejegyezhető, hogy *a legtöbb végrehajtási adat nem tesz különbséget a nemek között*, azokat egységesen tünteti fel. Amennyiben pedig találkozunk statisztikai adatokkal problémát jelent az adatgyűjtés sok esetben országonként eltérő természete. Konkrét definíciók hiányában kérdéses lehet például, hogy kik tartoznak a női fogvatartottak kategóriájába, illetve mit értünk női büntetés-végrehajtási intézet alatt. Előfordul, hogy csak az előzetes letartóztatásban lévő nőkre találunk adatokat, míg a végrehajtási intézetekben fogva tartottakra nem, vagy éppen fordítva. Emellett megfigyelhető, hogy az információgyűjtés módszertana és a begyűjtött adatok elemzése is eltér egymástól. Az adatok összehasonlíthatósága érdekében ezért egy egységes adatgyűjtési rendszer kiépítése volna indokolt.¹⁴

Jellemző továbbá, hogy *kevés a kifejezetten fogvatartott nőkre vonatkozó jogszabályi rendelkezés is*, a meglévők pedig elsősorban a terhes nőket, valamint az anyákat érintik. Spanyolországban például a fogvatartott nő a szülést megelőző 16 héten belül, illetve az azt követő 6 héten belül nem végezhetnek munkát. Az orosz szabályozás értelmében a kiszabott büntetés végrehajtása elhalasztható, illetve tartama csökkenthető a terhes nők, illetve a 14 év alatti gyermeket nevelő nők esetében, feltéve, hogy 5 évet meg nem haladó tartamú elítélésről van szó.¹⁵ Litvániában a terhes nők, illetve azok az anyák, akiknek gyermeke 3 év alatti, feltételeken szabadlábra bocsáthatók. A döntés meghozatalánál figyelembe veszik az anya és a gyermek érdekeit, az ítéletből már letöltött tartamot, az elkövetett bűncselekmény jellegét, illetve a fogva tartás alatt tanúsított magatartást. Az Ír Börtön szabályokban¹⁶ mindösszesen néhány rendelkezés található a gyermeket váró nőkre, a férfiak és nők elkülönítésére vonatkozóan, illetve a motázásokkal kapcsolatban. Sajátos a helyzet Dániában, ahol a Dán Büntetés-végrehajtási törvény nem

¹³ The Quaker Council for European Affairs: Women in prison. A review of the conditions in Member States of the Council Europe, February 2007.

¹⁴ NDPHS Expert Group on Prison Health: i.m. 24–25. pp.

¹⁵ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: The Russian Federation; www.quaker.org/qcea/prison

¹⁶ The Irish Prison Rules (2005), letölthető: <http://www.justice.ie/80256E010039C5AF/vWeb/fJUSQ6DLEHL-en/File/PrisonRules2005.pdf>

tartalmaz speciális rendelkezést a nőkre vonatkozóan, még a terhességgel, illetve a szüléssel összefüggésben sem. Az a jog például, hogy a fogvatartott 3 éves koráig a büntetés-végrehajtási intézetben maga mellett tartsa gyermekét, a törvény értelmében mindkét nemet megilleti.¹⁷

A legjelentősebb fehér foltot a bebörtönzött nők gyermekeire vonatkozó adatok alkotják. Jellemző, hogy sem abszolút számokban, sem arányaiban nem ismert pontosan azon gyerekek érintettsége, akik édesanyjukkal együtt vannak büntetés-végrehajtási intézetben, mivel ezen adatokat a büntetés-végrehajtási hatóságok nem tartják nyilván. Az azonban ténykérdés, hogy a női börtönnépességen belül igen nagy arányt képviselnek az anyák, akik sok esetben egyedülállók, és gyermekükről egymaguk gondoskodnak. Becslések szerint Európában 10.000 körülre tehető azon 2 év alatti gyermekek, csecsemők aránya, kiknek édesanyját bebörtönözték, míg a 18 év alattiak figyelembe vételével már százazres nagyságrendekben számolhatunk.

A fogvatartott nők elhelyezése és annak kihatásai

A női fogvatartottak elhelyezése a gyakorlatban 3 helyen lehetséges: női börtönökben, a mindkét nem számára épült ún. vegyes börtönökben, illetve olyan férfi börtönökben, ahol nők számára alakítanak ki épületszárnyakat. A két utóbbi elhelyezési forma közötti különbség abból ered, hogy az ún. férfi börtönöket férfiak számára építették és alakították ki, ezekben a nők fogva tartására megfelelő elhelyezési lehetőség hiányában kerülhet sor. Ezzel szemben az ún. vegyes büntetés-végrehajtási intézetek mindkét nem igényeihez igazodóan épültek, ezért a nők elhelyezése azokban célszerűbbnek tűnik. Nem nehéz belátni, hogy a férfiak számára kialakított büntetés-végrehajtási intézetek sok szempontból nem felelnek meg ez eltérő női igényeknek (testi, mentális, emocionális szükségletek), ezáltal az ezekben történő végrehajtás diszkriminációhoz vezethet.

Itt említeném meg, hogy 2005-ben Norvégiában a női fogvatartottakat a női börtönökről, illetve a nőket befogadó férfi büntetés-végrehajtási intézetekről kérdezték. A válaszadók 55%-a negatívan vélekedett a női börtönökről, míg 44,3%, azaz a kisebbség pozitívan ítélte meg az azokban történő elhelyezést. A negatívumok között szerepelt például a nők között jellemző intrikák, pletykák gyakorisága, de volt olyan vélekedés is, hogy a női börtönök természetellenesek. A másik oldal elismerően szólt a barátságosabb légkőről, a női igények és szükségletek figyelembe vételéről. A vegyes elhelyezés az érintettek 29,9%-a számára hordozott negatív megközelítést. E tekintetben kiemelhető a nők részéről az erőszaktól való félelem, illetve az a körülmény, hogy a végrehajtási feltevéteket a férfiak igénye határozta meg. Emellett ezekben a végrehajtási intézetekben a fogvatartottak számára kedvező munkalehetőségeket biztosítottak, de azokból a nőket jellemzően kizárták.¹⁸

Egyébiránt egy adott ország büntetés-végrehajtási intézeteinek számát és típusát elsősorban a rendelkezésre álló erőforrások határozzák meg, de befolyásoló tényező lehet a büntető filozófiai szemlélet is. Így Dániában csak férfi börtönök léteznek, itt kerül sor

¹⁷ ZOLONDEK, JULIANE: *Outline of the legal framework concerning women's imprisonment in Europe*. In: *International Study on women's imprisonment*. Current situation, demand analysis and „best practice.” University of Greifswald, 2005. 15–16. pp.

¹⁸ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: Norway; www.quaker.org/qcea/prison

a nők fogva tartására, ami a normalizálás gondolatának¹⁹ érvényesítését tükrözi. Hazánk egyetlen kifejezetten női büntetés-végrehajtási intézete a Kalocsai Fegyház és Börtön, amely előzetes letartóztatottak, fegyház és börtönfokozatú nők, életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélt nők fogva tartásáról gondoskodik, illetve helyt ad néhány börtönfokozatú férfi fogvatartottnak is, akik az intézményen belüli felújítási, javítási munkálatokban segídeknek. Emellett női fogvatartottak elhelyezésére szolgáló szárnnyal két végrehajtási intézetünk rendelkezik: a Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet Egerben, valamint a Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet.

Európában jelenleg nincs olyan állam, ahol mindhárom típus egyszerre jelen lenne. A legjellemzőbb megoldás, hogy az adott országban van egy, esetleg több női börtön, illetve férfi börtönök elkülönített részében kerül sor a nők fogva tartására.²⁰

Csak női börtönökkel rendelkezik például Bulgária és Horvátország, míg Dániában, Finnországban, Izlandon, Luxemburgban egyáltalán nincsenek női börtönök. A legkevésbé követett modell a vegyes börtönök alkalmazása, ilyenről Örményországban, Lettországon, illetve Finnországban, Luxemburgban, Izlandon találkozhatunk.

A férfiakkal viszonyítva elhanyagolható létszámú női fogvatartott elhelyezésének egyik legfontosabb *negatív kihatása a lakóhelytől távol eső fogva tartás*. Ez különösen szembetűnő a nagy földrajzi kiterjedésű országokban. Az Orosz Föderációban 2006 novemberében például 45 büntető kolónián történt női fogvatartottak őrzése, illetve mindösszesen háromban fiatal lányoké. Az igen nagy távolságok mellett a családtól távoli elhelyezéssel kívül igen megviseli a fogvatartottakat az is, ha egyik végrehajtási intézményből egy másikba szállítják őket. Az Orosz Föderáció ország-jelentése²¹ arról számolt be, hogy amíg Permből Novy Oskolba az út személyvonattal 2 nap alatt megtehető, addig a fogvatartottak szállítása esetén – lévén öt régió gyűjtőállomásain kell megállniuk – 2 hónapig is eltarthat, ráadásul igen rossz körülmények között (túlzsúfoltság, megfelelő élelem, egészségügyi ellátás nélkül).

A nagy távolságok áthidalása és annak költségvonzata emellett jelentős terhet róhat az érintett családokra. Kelet-Európában és Közép-Ázsiában ezen kívül bevett gyakorlat, hogy a látogatóknak fizetniük kell a látogatásokért. Egyes országokban e fizetési kötelezettség csak az ún. hosszú látogatásokra vonatkozik nap/fő alapon, míg másutt a rövid tartamú látogatásokért is fizetni kell.²² Arra is akad példa, hogy az intim családi együttlétet az adott állam büntetés-végrehajtása engedélyezi a fogvatartottak számára, de ennek lehetőségéből kizárják a női elítélteket. Mindenképpen említést érdemel ugyanakkor azon országok gyakorlata, melyek hosszított látogatást²³ biztosítanak azokban az

¹⁹ A normalizálás alapelvének érvényesítését szolgálja a humánus büntetés-végrehajtási feltételek megteremtése, biztosítása, a fogvatartott felelősségérzetének előmozdítása. E gondolat jegyében Dániában például a fogvatartottaknak nem kell rabruhát viselniük, illetve ebédjüket maguk készítik el. A pozitívumok hangoztatása mellett fontosnak tartom ugyanakkor megemlíteni, hogy e humánus büntetés-végrehajtási szemlélet a fogvatartottak nagyarányú visszaesésével párosul.

Bővebben: DÜNKEL, F. – KESTERMANN, C. – ZOLONDEK, J.: *Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug, Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und best practice*. (Department of Criminology: University of Greifswald, 2005.), 7. p.

²⁰ Lásd I. számú táblázat

²¹ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: The Russian Federation

²² UNODC: Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series, New York, 2008. 16. p.

²³ A szovjet utódállamok többségében a hosszú látogatás negyedévente biztosított. Ilyenkor 72 órát tölthetnek együtt egy erre a célra kialakított épületrészben. Lásd: JANCÁS RAMÓNA: *A szabadságvesztés büntetésüket töltő nők helyzete külföldön*. Börtönügyi Szemle 2008/3. 90. p.

esetekben, amikor a látogatók messziről érkeznek a fogvatartotthoz. A látogatások lebonyolítása külön erre a célra kialakított szobákban, illetve épületekben történik, ahol nagyobb intimitás, meghittebb légkör biztosítható.²⁴ További pozitív példa az Egyesült Királyság gyakorlata, ahol a hozzátartozók pénzügyi segítséget kaphatnak havi kétszeri látogatás költségeinek (utazás, étkezés, szállás) fedezéséhez.²⁵

Az elkülönítési szabályok alkalmazása

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által megújított Európai Börtönsszabályok²⁶ le-
szögezi, hogy az elhelyezés során külön kell választani az előzetes letartóztatásban lé-
vőket az elítéltektől, a férfi fogvatartottakat a nőktől, illetve a fiatal felnőtt fogvatartot-
takat a felnőtt fogvatartottaktól. A korábbi szabálygyűjteményhez²⁷ hasonlóan az új Eu-
rópai Börtönsszabályok is osztja azonban azt a nézetet, hogy a különválasztás merev al-
kalmazása nem minden esetben indokolt és célszerű (pl. a fogvatartott önkárosító maga-
tartása esetén).²⁸ Az ajánlás ezért eltérést enged a szabály alól azon kivételes esetekben,
amikor a közös elhelyezést például szervezett végrehajtási tevékenységek, fogvatartotti
programok indokolják. A kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bá-
nasmód megelőzésére alakult Európai Bizottság (CPT) 10. Összefoglaló Jelentésében²⁹
a fogvatartott nők elkülönített elhelyezése kapcsán kifejti, az államokat terheli a kötele-
zettség, hogy megvédjék a fogva tartásuk alatt lévő nőket mindazoktól, akik sérelmet
okoznának nekik. A CPT hivatkozott Jelentése szerint férfiak által a fogvatartott nők
sérelmére történő bántalmazások különösen akkor gyakoriak, ha nincs biztosítva külön
fogva tartási körlet a nők számára és emellett őrzésükről túlnyomórészt női személyi
állomány gondoskodik. A CPT ezért a férfiak számára kialakított végrehajtási intézmé-
nyekben történő elhelyezés esetén az érintettek teljes elkülönítését tartja kívánatosnak.
Házaspárok együttes elhelyezését ugyanakkor – a szükséges garanciák biztosítása mel-
lett – haladó kezdeményezésnek tekinti. Sajátos megoldást követ Dánia, ahol a normali-
zálás, illetve a lakóhelyhez közeli fogva tartás elvét érvényesítve félig-meddig koedu-
kált elhelyezést alakítottak ki a női és a férfi fogvatartottak számára.³⁰

²⁴ UNODC: i.m. 60–61. pp.

²⁵ Eurochips: United Kingdom, letölthető: http://www.eurochips.org/uk_practical.html

²⁶ A Miniszteri Bizottság Rec (2006) 2. ajánlása a tagállamok számára az európai büntetés-végrehajtási szabályokról 18.8. pont.

E témához lásd még: VÓKÓ GYÖRGY (összeáll.): *Új európai börtönsszabályok és magyarázatuk*. Ügyészek Országos Egyesülete. Budapest, 2007.; LÖRINCZ JÓZSEF: *Börtönügy Európában a 2006-os Európai Börtönsszabályok tükrében*. In: Dolgozatok Erdei Tanár Úrnak, ELTE Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 2009.; JUHÁSZ ZSUZSANNA: *Megújult az Európai Börtönsszabályok*. Börtönügyi Szemle 2006/3., valamint Juhász Zsuzsanna: A megújult Európai Börtönsszabályok ismertetése. Acta Juridica et Politica, Tomus LXVIII. Fasc. 12., Szeged, 2006.

²⁷ Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R. (87) 3. számú ajánlása a tagországoknak az Európai Börtönsszabályokról

²⁸ A szuicid hajlamú személyek esetén ezért a más fogvatartottakkal való közös elhelyezés, adott esetben fogvatartottak bevonásával történő tanácsadás fontos elem lehet az öngyilkosságok, illetőleg az erőszakos magatartások megelőzése terén is.

A fogvatartottak szuicid cselekményeiről bővebben: JUHÁSZ ZSUZSANNA: *Szuicid cselekmények a fogvatartottak körében*. Acta Juridica et Politica, Tomus LXXI. Fasciculus 11., Szeged, 2008.

²⁹ CPT/Inf (2000) 13.

³⁰ HORVÁTH TIBOR (szerk.): *Büntetés-végrehajtási jog*. Rejtjel. Budapest 2007. 47. p.

Itt jegyezném meg, hogy bár a fogvatartott nők védelme érdekében az ENSZ 1955-ös dokumentuma a Minimum irányelvek a letartóztatott személyekkel való bánásmódról tiltja, hogy a női büntetés-végrehajtási intézetekben férfi személyi állomány lássa el a nők őrzését, felügyeletét,³¹ sok ország nem követi e szabályt. A gyakorlatban ugyanis esetenként nincs megfelelő létszámú női személyi állomány, illetve egyenlő foglalkoztatási esélyeket biztosítva alkalmaznak vegyes nemi összetételű személyi állományt.³² Mivel azonban a férfi őrszemélyzet személyes felügyelete a női elítéltek felett magában rejtje a nők ellen irányuló erőszak veszélyét (különösen egyik végrehajtási intézetből a másikba, illetve a bíróságokra történő szállítás során), egyes országok, így például az Európa Tanács tagállamai közül Ciprus, Görögország, Lettország, Luxemburg, Portugália nem alkalmaz férfiakat a női börtönökben.³³ E megoldással szemben a két skandináv állam Dánia és Finnország a normalizálás elve alapján, a szabad élet körülményeihez mind jobban igazodva foglalkoztat férfiakat a nők fogva tartása során.

A női fogvatartottak korlátozott elhelyezési lehetőségével függ össze az a körülmény is, hogy sok esetben *nem olyan rezsimben*, pontosabban szigorúbban *helyezik el őket, mint amelybe biztonsági kockázatuk alapján ténylegesen kerülniük kellene*. Ez tehát azt eredményezi, hogy őrzésük, felügyeletük, ellenőrzésük során a közös elhelyezésből adódóan nagyobb szigor érvényesül, mint amit a fogva tartás biztonságára való veszélyességük indokolna. Az Egyesült Királyságban a '80-as években tapasztalt nagyarányú szökéseknek betudhatóan a '90-es években általános biztonsági szigorítások kerültek bevezetésre, így a szigor valamennyi fogvatartott nőt érintette, függetlenül attól a biztonsági kockázattól, amelyet a végrehajtás rendjére ténylegesen jelentettek.³⁴

Ismeretesen a befogadási eljárás során a klasszifikációnak többek között az elkövetett bűncselekmény súlyához, jellegéhez (erőszakos deliktumról van-e szó), az elkövetés körülményeihez (például brutalitás), a szabadságelvonás tartamához kell igazodnia, illetve alapvető jelentőségű annak vizsgálata is, hogy a fogvatartott kockázatot jelent-e magára vagy másokra nézve. Fontos tényező emellett azonban, hogy *a nők által elkövetett bűncselekmények eltérnek a férfiak által elkövetettektől*. A fogvatartott nők többsége ugyanis általában nem erőszakos vagyon elleni (lopás, csalás), vagy kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt tölti büntetését, illetve gyakorta maguk is függők. Egyes országokban, így például Spanyolországban megfigyelhető, hogy a nőket jóval nagyobb arányban ítélik el kábítószer-bűncselekményért, mint a férfiakat: arányuk 53%, szemben a férfi fogvatartottak 29%-ával.³⁵ Hasonló a helyzet Skóciában is, ahol kábítószerrel összefüggő deliktum elkövetéséért a nők 28%-át, míg a férfiak 14%-át börtönözték be.³⁶ 2009 márciusának végén Angliában a női börtönnépesség legnagyobb hányadát (27%) ugyancsak kábítószerrel összefüggő bűncselekmény elkövetéséért ítélték el, illetve a nők 68%-a nem erőszakos bűncselekmény elkövetése miatt töltötte büntetését, szemben a férfiak 47%-ával.³⁷

³¹ Az Irányelv ugyanakkor nem tekinti e körbe tartozónak többek között az orvosokat, tanárokat. Rögzíti továbbá, hogy az intézmény azon részeire, melyekben nőket tartanak fogva, a férfi személyi állomány csak a női személyzettel együtt léphet be. 53 (2).

³² UNODC: i.m. 14. p.

³³ The Quaker Council for European Affairs: i.m. 45. p.

³⁴ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: United Kingdom (England and Wales)

³⁵ Bővebben: ALMEDA, E.: *Women's imprisonment in Spain*. Punishment and society 2005/2. 183–199.

pp.

³⁶ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: Scotland

³⁷ Prison Reform Trust: i.m. 22. p; www.prisonreformtrust.org.uk

Kiemelendő továbbá, hogy a szabadságvesztés fokozott alkalmazása, illetve a szabadságelvonással nem járó alternatív szankciók mellőzése a nők esetében különösen a kábítószer-bűncselekmények, valamint a nem erőszakos bűncselekmények esetén figyelhető meg.³⁸ Azokban az esetekben pedig, amikor a bíróság pénzbüntetés alkalmazása mellett dönt, igen gyakori, hogy alacsony iskolázottságukból, bebörtönzést megelőző munkanélküliségükből adódóan a nők nem képesek a kiszabott összeg megfizetésére, aminek következménye a vagyoni büntetés szabadságelvonásra történő átváltoztatása. Itt jegyezném meg, hogy egy 6 európai ország női fogvatartottaira kiterjedő kutatási projekt³⁹ adatai azt tükrözték miszerint a vizsgálatba vont mindegyik országban jellemző volt az alacsony iskolázottsági szint. Több esetben előfordult, hogy a fogvatartott nők írni vagy olvasni sem tudtak, illetve teljesen iskolázatlanok voltak.⁴⁰ Mivel a nők esetén igen gyakori az elkövetett bűncselekmények miatt a rövid tartamú szabadságelvonás⁴¹ alkalmazása, azzal is számolni kell, hogy ezen ítéleti tartam sokszor nem elégséges a különféle oktatási programok elvégzésére, ilyenformán negatívan befolyásolja az oktatáshoz, szakképzéshez, munkalehetőségekhez⁴² való hozzáférést.

Végezetül az erőszakos deliktumot realizálók körében jellemző a férfi partner, illetve az ellenük erőszakot elkövető személy sérelmére történő elkövetés. Az orosz belügyminisztérium adataiból például az derül ki, hogy évente 14000 nőt öl meg partnere, illetve kilátástalan helyzetében további 2000 követ el öngyilkosságot.⁴³

Mindamellet a gyakorlatban az országok többsége ugyanazon klasszifikációs eszközöket alkalmazza mindkét nem tekintetében, azaz a nem-specifikus szempontokat nem veszik figyelembe, az eltérő körülmények (például családon belüli erőszak, szexuális erőszak) szűrését nem végzik el. Arra is van példa, hogy az előzetesben lévőket automatikusan a legmagasabb, azaz legveszélyesebb biztonsági kategóriába sorolják, ami nem csak az ártatlanság vélelméből fakadóan elfogadhatatlan, hanem azért is, mert in-

³⁸ Penal Reform International: Penal reform Briefing No. 3. Women in prison: incarcerated in a man's world. 2008/1. 1. p.

³⁹ A projekt segítségével jelent meg a Women integration & prison címet viselő tanulmánykötet (Aurea Editores, Barcelona, 2005)

⁴⁰ LUKÁCS KRISZTINA: *Női sorsok a börtönön innen és túl*. Börtönügyi Szemle 2006/3. 113. p.

⁴¹ A rövid tartamú elítélés további negatív kihatása lehet a magas fluktuáció. Ebből adódóan pedig egy állandóan változó összetételű börtönnépesség igényeit, szükségleteit kell szem előtt tartani. A rövid tartamú elítélés emellett sok tekintetben olyan hatású lehet, mint a hosszú tartamú: a fogvatartott nők az ítélet miatt elveszíthetik a gyermekük feletti szülői felügyeleti jogukat, állásukat, lakásukat. A Fawcett Society Jelentése a nők szabadulás utáni helyzetét ezért egy 22-es csapdájához hasonlította: a gyermekek feletti felügyeleti jog visszaszerzése nehézségekbe ütközik, ha a nő nem rendelkezik lakással, de lakást nehéz szerezni, ha nem gondoskodik a gyermekükről.

The Fawcett Society: Women and the criminal justice system, March 2004. 45. p. Elérhető: <http://www.fawcettsociety.org.uk/index.asp?PageID=432>

Egy másik Angliára és Walesre irányuló kutatás pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy egy átlagosnak tekinthető 42 napi szabadságelvonás is elegendő lehet ahhoz, hogy a női fogvatartott elveszítse otthonát és a kapcsolatát a családjával.

Bővebben: Home Office: Champion for women needed for those with particular vulnerabilities in the criminal justice system. 2007. , letölthető: <http://press.homeoffice.gov.uk/press-releases/the-corston-report>

⁴² A szakképzési, oktatási programok, munkalehetőségek elérhetősége szempontjából a nők további hátrányokkal szembesülnek. A férfi fogvatartottak számára ugyanis jellemzően adottak a szabadulás utáni munkába állást segítő tevékenységek (például számítógép-kezelői ismeretek). Ezzel szemben a nők részére a tipikus női munkafeladatok (mosás, főzés, varrás) biztosítottak.

⁴³ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: The Russian Federation

dokolatlan megszorításokat eredményez különösen a családi látogatások vonatkozásában.⁴⁴

A nők által elkövetett bűncselekmények jellegére, a börtönön belüli fokozott védelmük szükségességére tekintettel is indokolt volna ugyanakkor „*nőkre szabott*” szűrési eljárás és osztályozási rendszer bevezetése, amely férfiak befogadására szolgáló végrehajtási intézetben történő elhelyezés esetén is csak olyan mérvű biztonsági intézkedéseket tartalmazna, amely feltétlenül indokolt. Másrészt az erőszakkal jellemzően nem társuló elkövetés, a cselekmények és az elkövető nők társadalomra való veszélyességének sok esetben minimális voltára tekintettel a személyi szabadság elvonásával nem járó jogkövetkezmények alkalmazása is elegendő lehet. Figyelembe kellene venni továbbá, hogy a nők igen jelentős hányada küzd mentális egészségi problémával, alkohol-, illetve drogfüggők, sokan közülük családon belüli, illetve szexuális erőszak áldozatai, akik bebörtönzése helyett/mellett nagy szükség lenne a megfelelő kezelési programok igénybe vételére.⁴⁵

Kisebbség a kisebbségen belül

A női börtönnépességen belül a legrosszabb helyzetben a külföldi fogvatartottak vannak, akiknek száma a növekvő bevándorlási hullám, illetve emberkereskedelem miatt sok államban emelkedő tendenciát mutat. A fogva tartó ország anyanyelvének nem ismerése gondot jelenthet számukra a jogi helyzet megértésében, a védővel való kommunikációban, illetve a tolmács alkalmazása jelentősen lassíthatja a büntető eljárás menetét is. A végrehajtás során a többi fogvatartotthoz képest jobban elszenvedik a család, a gyermek(ek) közelségének hiányát, a kapcsolattartás számukra egyértelműen megnehezül. A családi, rokon-, baráti kötelékek fenntartása a távolság, a kapcsolódó anyagi vonzatok miatt ugyancsak problémákba ütközik. A levelezés jogának gyakorlása esetén például a tartalom megismerése végett sor kerülhet a levél lefordítására, ami a kézbesítés elhúzódsához vezethet. A telefonon történő kapcsolattartás pedig jelentős költségvonzata miatt szorulhat háttérbe.

Az Európa Tanácsi tagállamok körében végzett és már hivatkozott kérdőíves felmérés adatai alapján a külföldi női fogvatartottak aránya a válaszadó országok körében 0% (Horvátország, Lettország, hazánk) és 75% (Andorra) között mozgott. Számottevő arányban voltak még jelen a külföldi nők az egyébként alacsony női börtönnépességgel rendelkező Luxemburgban (66%), illetve Izlandon (57%) is. Fontos adalék továbbá, hogy a külföldi nők több mint 30%-a kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt állt a szabadságelvonás hatálya alatt.

A fiatalkorú fogvatartottak alacsony létszámára tekintettel a gyakorlatban előfordulhat a fiatalkorúak és a felnőttkorúak azonos részlegben történő elhelyezése. A közös elhelyezésre példa lehet Norvégia gyakorlata, ahol azt a fiatalkorúak kis száma és rövid tartamú büntetésük miatt alkalmazzák. Visszacsatolva az előzőekben kifejtettekhez, sok esetben csak ilyen formában biztosítható, hogy a fiatalok olyan oktatási, képzési lehetőségben részesüljenek, ami elkülönített elhelyezés mellett nem volna számukra elérhető. Ezzel összefüggésben az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlésének 2009-ben elfoga-

⁴⁴ UNODC: i.m. 73. p.

⁴⁵ E témáról bővebben: UNODC: i.m. 30–34. pp.

dott 1663. számú határozata⁴⁶ leszögezi, hogy ilyen esetekben is biztosítani kell a komoly bűnözői múlttal rendelkező női elítéltektől való elkülönítést.

Az elítéltektől való elkülönítés szabálya az *előzetes letartóztatásban lévők* esetén sem érvényesül minden esetben, de ez azzal az előnnyel járhat, hogy az egyébként elítéltek számára nyitva álló munkalehetőségekhez, oktatási programokhoz jutnak hozzá az előzetesek. A jogerősen még el nem ítélt nők jellemzően ugyancsak kisebbségben vannak a női fogvatartottakon belül, de akad olyan ország is, ahol ők alkotják a többséget. Angliában és Walesben például a női börtönnépesség 66%-a, Európán kívül Indiában pedig 70%-a volt előzetes letartóztatott. Széles körben elterjedt jelenség továbbá az előzetes letartóztatás fokozott/túlzó alkalmazása, ami részint a kényszerintézkedés gyakori alkalmazásában, részint pedig időbeni elhúzódtásában nyilvánul meg. A gyakori elrendelés okai között megtaláljuk a szabadságelvonnással nem járó alternatívák hiányát az elméletben és a gyakorlatban egyaránt. Megfigyelhető továbbá, hogy bizonyos bűncselekmények (erőszakos deliktumok) elkövetésével vádolás, illetve bizonyos személyi kör (például kiadatási eljárás alatt álló) esetén nincs lehetőség a tárgyalás előtti szabadításra. Arra is akad példa, hogy olyan bűncselekménnyel gyanúsítják a terheltet, mely nem jár ugyan szabadságvesztéssel, de ennek ellenére a kényszerintézkedést elrendelik. A nők szempontjából az előzetes letartóztatás alkalmazása különösen a szökés veszélyének értelmezésével összefüggésben lehet aggályos. A nők ugyanis egy vagy több olyan vonással is rendelkeznek (például rossz családi háttér, munkanélküliség, alacsony iskolázottság, testi vagy nemi erőszak, mentális egészségi problémák), melyekből arra lehet következtetni, hogy fennállhat esetükben a szökés veszélye. Másrészt jellemző munkanélküliségükből, kedvezőtlen anyagi körülményeikből adódóan az olyan alternatívákat, mint például az óvadék, biztosíték nem tudják igénybe venni.⁴⁷

Az előzetes letartóztatás fogvatartottakra gyakorolt hatását vizsgálva általában nincs különbség a nemek tekintetében. Így általánosságban elmondható, hogy az előzetes letartóztatásban lévő férfiak és nők rosszabb fogva tartási körülmények között élnek, mint az elítéltek: elszervezik többek között a munkavégzést, a gyógykezeléseket, a szakképzési lehetőségek korlátozottságát. Az ügyész a nyomozás érdekeit szem előtt tartva megtilthatja számukra látogató fogadását, korlátozhatja a családdal való kapcsolattartást, a levelezés jogának gyakorlását. Ezen utóbbi jogosultságok azonban olyan aspektusát adhatják a kényszerintézkedésnek, ami nagyobb megterhelést jelent a nők számára, mint a férfiaknak, különösen akkor, ha a fogvatartott nő egyúttal anya is, aki gyermekét egyedül neveli. Arra is akad példa, hogy a kisgyermekes anyák, ha előzetesben vannak, nem kapnak helyet anya-gyermek részlegben, vagy a közös elhelyezést biztosító speciális cellákban.⁴⁸ Ezzel összefüggésben az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlésének már hivatkozott 1663. számú határozata szorgalmazza, hogy gyermekét egyedül nevelő nők esetén csak kivételes esetekben (például ismételt bűnelkövetés, szökés, a tanúk befolyásolásának veszélye) kerüljön sor szabadságelvonnásra a jogerős ítéletet megelőzően.

Az 50 év feletti női fogvatartottak esetén elsősorban a nőgyógyászati problémákhoz, illetve az ugyancsak e korosztályra jellemző csonttrikulásokhoz kapcsolódóan az egészségügyi ellátás, gyógykezelések, illetve a higiénia szükségletek fokozott szükségességé-

⁴⁶ Parliamentary Assembly Resolution 1663 (2009): Women in prison. Assembly debate on 28 April 2009.

⁴⁷ TOWNHEAD, LAUREL: *Pre-trial detention of women. And its impact on their children*. Quaker United Nations Office, 2007. 4–18. pp.

⁴⁸ The Quaker Council for European Affairs: i.m. 36. p.

gének kérdése merül fel. Életkorukból adódóan bizonyos szabadságelvönással járó jogkövetkezmények, így különösen a közérdekű munka velük szemben nem is minden esetben alkalmazható. A munkavégzés pedig gondot jelenthet számukra a szabadságvesztés tartama alatt is, így munka után járó jövedelem híján nem tudnak tartalékolni a szabadulásuk utáni időszakra. Emellett jellemző, hogy foglalkoztatásuk esetén kevesebb jövedelemre számíthatnak, mint a férfi elítéltek.⁴⁹

Egy USA-ban végzett kutatás rámutatott arra, hogy az ország végrehajtási intézeteiben hozzátétőlegesen 10.000-re tehető a 45 év feletti női fogvatartotti állomány. A vizsgálat kiemelte, hogy a kor előrehaladtával szükségszerű az egészségügyi problémák szaporodása, ugyanakkor egyre nagyobb a szakadék a nők számára elérhető egészségügyi szolgáltatások és az egyébként szükséges gyógykezelések között. Becslések szerint a fiatalabb fogvatartottak esetén éves szinten az állam 21.000 dollár kiadással számolhat, míg az idősebb börtönnépesség 69.000 dollár költséget jelent.⁵⁰

A fogvatartott nők egészségvédelméről

A fogvatartottak egészséghez, egészségvédelemhez való alapvető jogát több nemzetközi dokumentum is rögzíti. Az *Egyesült Nemzetek Szervezetének 1966-os Nemzetközi Egyezségokmánya a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogokról*⁵¹ például 12. cikkében szabályozza a testi és szellemi egészség legmagasabb standardjainak eléréséhez való jogot. Az államok kötelezettsége ezzel összefüggésben arra irányul, hogy valamennyi polgár számára jó színvonalú egészségügyi ellátást biztosítsanak. E norma alapján a hivatkozott jogosítvány alkalmazandó a fogvatartottak esetében is. A bebörtönzés során ugyanis a fogvatartottaknak továbbra is megmarad a testi és mentális egészséghez való alapvető joguk, azt a szabadságelvönás nem korlátozhatja. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a fogvatartottak számára biztosított egészségügyi ellátásnak legalább olyan szinten kell nyugodnia, mint ami a szabad világban irányadó. Mindenkinek tiszteletben kell tehát tartani a fogvatartottak szabad polgárok számára biztosított egészségügyi ellátással azonos, azzal egyenértékű egészségügyi ellátáshoz való jogát. Ezt az elvet fogalmazza meg a *Kínzás és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetések Megelőzésére Létrehozott Európai Bizottság tevékenységéről készített 3. Általános Jelentésében*,⁵² amikor kimondja, hogy a börtön-egészségügyi szolgáltatnak biztosítania kellene mindazon egészségügyi ellátást, kezeléseket, megfelelő diétát, pszichoterápiát, rehabilitációt és minden más szükséges lehetőséget, melyet a betegek élveznek a kinti társadalomban. Az *Egyesült Nemzetek Szervezetének a fogvatartottak kezeléséről szóló Alapelveinek*⁵³ 9. alapelve ezzel összefüggésben rögzíti a fogvatartottak azon jogát, hogy az országban

⁴⁹ E témáról: NEWMAN, CARLIE: *Last chance: older women through the criminal justice system*. (The Griffins Society visiting research fellowship programme). Research paper 2005/2.

⁵⁰ ENDERS, R. SHEILA – PATERNITI, A., DEBORA – MEYERS, J. FREDERICK: *An approach to develop effective health care decision making for women in prison*. Journal of Palliative Medicine 2005/2. 433. p.

⁵¹ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Magyarországon kihirdette az 1976. évi 9. tvr.

⁵² (Council of Europe) CPT/Inf (93)12. és The CPT standards. „Substantive” sections of the CPT’s General Reports. CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2006

⁵³ Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990.

rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokhoz korlátozás nélkül, diszkriminációmentesen juthassanak hozzá.

A fentiekből kitűnően a szabadságelvonás ténye nem csökkentheti az egészségügyi ellátás eléréséhez való jogot, sőt egyfajta többletkötelezettséget ró a végrehajtási hatóságokra. Nem egyszerűen az egészségügyi ellátás biztosítása tehát a feladata a börtön-adminisztrációnak, hanem olyan végrehajtási feltételek megteremtése is, melyek a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet egészségét, jólétét egyaránt szolgálják, így például az egészséges élet-, és munkafeltételek garantálását, olyan tevékenységeket, melyek nem ártalmasak a fogvatartottak egészségére. Emellett, tekintve, hogy a testi és szellemi egészség kölcsönhatást gyakorolnak egymásra, a humánus életkörülmények megteremtése, fenntartása és biztosítása is része az egészséghez való jognak.

Az egyenértékű egészségügyi ellátás megteremtése és fenntartása a végrehajtási közegeben gyakorta kerül szembe az erőforrások szűkösségével. A *CPT 11. Általános Jelentése*⁵⁴ alapján a gazdasági nehézségek ellenére, attól függetlenül, az államok kötelezettséggel tartoznak a szabadságelvonás hatálya alatt álló személyek megfelelő egészségügyi ellátásáért és e szolgáltatást térítésmentesen kötelesek számukra biztosítani. Az egészségügyi ellátás ingyenessége - összhangban az *ENSZ-nek a Fogva tartás bármely formája vagy a szabadságvesztés büntetés hatálya alatt álló minden személy védelmét szolgáló Alapelvegyűjtemény*⁵⁵ 24. pontjával - az államok felelősségéből adódik, lévén az alkalmazott szabadságelvonás többé-kevésbé károsan hat a fogvatartott személyek testi és szellemi egészségére.⁵⁶

A *börtönökben biztosítandó egészségügyi ellátás etikai és szervezeti aspektusairól* szóló R (98) 7. számú Európa Tanácsi ajánlás⁵⁷ szellemében az egészségügyi ellátáshoz való jog főbb jellemzői az orvosi ellátás elérhetősége, az azonos értékű, avagy egyenlő elbánás, a betegek hozzájárulása, beleegyezése és az orvosi titoktartás, valamint a hivatásbeli függetlenség biztosítása. Az ajánlás a fenti dokumentumokkal összhangban fogalmazza meg annak követelményét, hogy a fogvatartottak a társalomban elérhető megelőző kezelésekkel és egészségügyi ellátással azonos gondoskodásban részesüljenek. Ezt alátámasztandó a végrehajtási intézmények orvosait kötelezi arra, hogy az elítéltek számára ugyanolyan minőségű egészségügyi ellátást nyújtsanak, mintha azt bármely más betegnek tennék. Az azonos szintű ellátás emellett szükségszerűen feltételezi, hogy az egészségügyi szolgáltatók megfelelően kvalifikált orvosokkal, ápolókkal, technikai személyzettel, valamint olyan eszközparkkal rendelkezzenek, melyek minősége meg-egyezik a börtön falain kívülül.⁵⁸

Az *új Európai Börtönszabályok*⁵⁹ ugyancsak elvi élel fogalmazza meg, hogy azon börtönfeltételek, melyek megsértik a fogvatartottak emberi jogait az erőforrások hiányával nem igazolhatóak.

⁵⁴ Council of Europe. 11th General report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, 2001. (CPT/Inf (2001) 16.)

⁵⁵ Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988.

⁵⁶ Vö.: Penal Reform International: Making standards work – an international handbook on good prison practice. Penal Reform International. London, 2001. 72. p.

⁵⁷ Recommendation No. R (98)7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison

⁵⁸ Az ajánlás részletes bemutatását lásd: NAGY FERENC – JUHÁSZ ZSUZSANNA: *Egészségügy a börtönben. Gondolatok az Európa Tanács R(98) 7. ajánlása kapcsán*. Börtönügyi Szemle 2002/1. szám 7–21. pp.

⁵⁹ Recommendation No. R (2006)2. European Prison Rules

Az egészséggondozáshoz való jog alapján a női fogvatartottakat hasonló jogok illetik meg a büntetés-végrehajtási intézetekben, mint a szabad társadalomban, de a férfiakétól eltérő egészségi szükségleteik miatt esetükben *egy nem-specifikus egészségügyi ellátás*⁶⁰ *szükségessége merül fel.* A már többször hivatkozott Európai Börtön szabályok⁶¹ felismerve a tényt, hogy valamennyi európai országban a férfi fogvatartottak alkotják a börtönnépesség meghatározó hányadát, a nők pedig az elhanyagolható kisebbséget, és ezzel összefüggésben a nők férfiakétól eltérő testi, mentális és emocionális szükségletei nem kapnak elegendő figyelmet, kifejezetten felhívja a börtönhatóságokat arra, hogy a nők szükségleteit, legyenek azok testi, szakmai, szociális vagy pszichológiai természetűek, vegyék figyelembe. Kiemeli továbbá, hogy speciális intézkedéseket kell foganatosítani a nők sajátos higiéniai szükségleteinek biztosítására. Mindemellett külön erőfeszítésekre sarkall olyan speciális szolgálatokhoz jutás megteremtése érdekében, amelyek testi, lelki vagy szexuális erőszakot elszenvedő nők támogatását célozzák. Az ajánlásban foglalt törekvések megvalósítása a gyakorlatban azonban sok országban még várat magára, mivel a legtöbb börtönrendszer ezen nem-specifikus igényeket, problémákat elhanyagolja. Megfigyelhető továbbá, hogy számos büntetés-végrehajtásban a fogvatartott nőkkel foglalkozó, őket felügyelő személyi állomány nem kap olyan irányú képzést, amely a speciális női szükségletek megértését, kezelését szolgálná. Arra is figyelemmel kell lenni azonban, hogy a rövid tartamú ítéletek és a női fogvatartottak nagyarányú, folyamatos fluktuációja miatt egyre kevesebb idő jut a nők egészségügyi szükségleteinek kielégítésére.⁶²

Általánosságban elmondható, hogy *a nőknél gyakorta több egészségi probléma jelentkezik, mint a férfiaknál.* Egy az USA-ban végzett vizsgálat például arra mutatott rá, hogy a végrehajtási intézetekbe történő befogadáskor a nők 20-35%-a már beteg volt, míg a férfiak esetében az arány 7%, illetve 10% között mozgott.⁶³ A sok esetben szegényes életkörülmények, a drogfogyasztás, a családon belüli erőszak, a nemi erőszak, a fiatalkori terhesség, az alultápláltság miatt a nők körében ugyanis többen szenvednek krónikus betegségben. A női fogvatartottak egészségvédelmének, egészségügyi ellátásának tárgyában 2008 novemberében Kijevben 30 ország részvételével megtartott konferencián elfogadott ún. Kijevi Deklaráció emellett rávilágított arra is, hogy a nők jelentős hányada megtapasztalta már élete során az *erőszakot, ami kihatással van lelki és testi megbetegedéseikre.* Kanadában például a szabadságvesztést megelőzően a nők 68%-a testi, míg 53%-a szexuális erőszak áldozata volt.⁶⁴ Az USA állami börtöneiben a női fogvatartottak 57%-a volt alanya testi vagy szexuális erőszaknak, esetleg mindkettőnek. Hazánkban a női fogvatartottak szabadulás utáni reintegrációját vizsgáló MIP kutatás adatai alapján a nők hozzávetőlegesen egyharmada volt családon belüli erőszak áldozata

⁶⁰ A nők egészségügyi problémái 4 fő csoportba sorolhatók: 1. Szomatikus betegségek, ezen belül a fertőző megbetegedések (pl. HIV, hepatitis) és függőséggel kapcsolatos betegségek, 2. mentális egészségügyi problémák (pl. depresszió, stressz, önkárosítás, öngyilkosság), 3. női betegségek, 4. egyéb problémák (pl. a testi/érzelmi erőszak következményei)

Bővebben: NDPHS Expert Group on Prison Health: i.m. 30. p.

⁶¹ Rec (2006) 2. számú ajánlás 34.1. és 34. 2. pontja

⁶² HARRIS, F. – HEK, G. – CONDON, L.: i.m. 59. p.

⁶³ NDPHS Expert Group on Prison Health: i.m. 30. p.

⁶⁴ Bővebben: QUNO: Submission to the study of the secretary-general of the United Nations on violence against women. violence against women and girls in prison. Geneva, 2005.

ta.⁶⁵ Ilyenformán leszögezhető, hogy az erőszakot elszenvedő nők a börtönnépességen belül felülreprezentáltak, illetve a különböző országokban végzett kutatások azt mutatják, hogy az erőszak átéltése a fogvatartott nők körében 5-ször gyakoribb, mint a szabad népelességnél.⁶⁶

A fogvatartott nőknél az erőszakkal összefüggésben számolni kell az olyan nagy kockázatot jelentő szexuális magatartásokkal, mint a prostitúció, a védekezés nélküli szexualitás, szexuális kapcsolat több partnerrel, vagy drogfogyasztó partnerrel, illetve igen sokan maguk is kábítószer-élvezők. A kockázati magatartások nyomán körükben nagyobb a HIV-fertőzés, a Hepatitis C, illetve a különféle nőgyógyászati rendellenességek előfordulása és jóval nagyobb arányban vannak jelen a pszichés problémák is.⁶⁷

Fontos kiemelni, hogy a nők társadalmi és kulturális helyzetükből adódóan sok esetben nincsenek abban a helyzetben, hogy képesek legyenek kontrollálni szexuális életüket. Többen például azért bocsátják áruba a testüket, hogy megélhetést biztosítsanak családjuknak. A női börtönnépességen belül az erőszakot elszenvedő nők mellett ilyenformán a szex-munkások is felülreprezentáltak.⁶⁸ Hazánkban egy HIV/AIDS kockázati magatartásaira irányuló vizsgálat⁶⁹ szerint például a megkérdezett női elítéltek 13%-a dolgozott prostituáltként, illetve a 632 fős férfi és női fogvatartottakat egyaránt tartalmazó mintából 9% elismerte, hogy a végrehajtási intézetben is folytatott nemi viszonyt.

Jellemző továbbá, hogy a nők nincsenek tudatában annak, miszerint szexuális partnerük, illetve kábítószer-élvező kapcsolatuk révén ki vannak téve a különféle vér útján terjedő fertőző betegségeknek (HIV, hepatitis C).

Általánosságban elmondható az is, hogy a vírushordozó, illetve fertőző beteg fogvatartottak pontos számáról viszonylag kevés adat áll rendelkezésre, ami azzal magyarázható, hogy Európa legtöbb államában az emberi jogokra hivatkozással nem végeznek kötelező szűrővizsgálatokat, ilyen vizsgálatokra a fogvatartottak önkéntes részvétele alapján, az ő kérésükre kerül sor. Ugyancsak kevés adat áll rendelkezésre a vér útján terjedő fertőző megbetegedéseket kiváltó kockázati magatartásokról is. Ennek magyarázata, hogy a legtöbb fogvatartott azon az alapon utasítja vissza a vizsgálatban való részvételt, hogy ő ilyen tevékenységet nem végez, illetve a vizsgálatban való részvételük esetén vonakodnak adatokat szolgáltatni a kockázati magatartásokról, mivel azok a börtönökben büntetendő cselekménynek számítanak. Gondot jelenthet továbbá, hogy a HIV, illetve a hepatitis C esetén egy hosszú inkubációs periódussal kell számolni, így nehéz lehet annak megállapítása, hogy a transzmisszió, azaz a fertőzés továbbadása a börtönkörnyezetben, vagy már a szabadságelvontást megelőzően megtörtént. Emellett a hepatitis C sajátossága, hogy a fertőzés általában nem eredményez akut betegséget, így a transzmisszió meghatározása még bonyolultabbá válik.⁷⁰

⁶⁵ Tóth Herta: Women, Integration and Prison. MIP kutatási eredmények – rövid összefoglaló, CEU, Budapest, 2005. 3. p.

⁶⁶ Kestermann, Claudia: Training curriculum for women's prisons – health aspects. In: International Study on women's imprisonment. Current situation, demand analysis and „best practice.” University of Greifswald, 2005. 24. p.

⁶⁷ ENDERS, R. SHEILA – PATERNITI, A., DEBORA – MEYERS, J. FREDERICK: i.m. 434. p.

⁶⁸ UNAIDS: Women and HIV in prison settings. Vienna, 2008. 1. p.

⁶⁹ GYARMATI V. ANNA – NEAIGUS, ALAN – SZÁMADÓ SZABOLCS: *HIV risk behavior history of prison inmates in Hungary*. AIDS Education and Prevention: official publication of the International Society for AIDS Education 2003/6. 561–569. pp.

⁷⁰ World Health Organization: Evidence for action technical papers. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, 2007. 21; 47. pp.

Mindezek ellenére leszögezhető, hogy a végrehajtási intézetekben a fogvatartottak többek között a túlsúlyfoltágnak, a higiéniai körülményeknek köszönhetően, illetve saját életkörülményeikre, anyagi hátterükre, egészségi állapotukra visszavezethetően, valamint a kockázati magatartások figyelmen kívül hagyása miatt jobban ki vannak téve a különféle fertőzéseknek, betegségeknek. Számolni kell továbbá egy másik veszélyforrással, a szexuális erőszakkal,⁷¹ amely számos rövid- és hosszú távú szexuális és reprodukciót érintő egészségügyi kockázattal jár és egyértelműen megfigyelhető a női fogvatartottak körében.

Fontos megemlíteni, hogy amíg a HIV transzmissziója⁷² szempontjából a férfi fogvatartottak körében a legmeghatározóbb tényező a kábítószeres injekciószerű használatához szükséges eszközök többek általi közös használata, addig a *női fogvatartottak esetében a HIV-fertőzés szexuális úton való terjedése kétszer gyakoribb, mint a férfiaknál.*⁷³ Figyelembe kell továbbá venni azt is, hogy igen magas a nők körében a szexuális úton terjedő fertőző megbetegedések száma, ami jelentősen megnöveli a HIV kockázatát.⁷⁴ Az Orosz Föderációban például a befogadási eljárás során a szexuális úton terjedő fertőző betegségek, azon belül is a szifilisz előfordulása a nők megközelítőleg felét érintette. Emellett a fogvatartott nők több mint 5%-a volt HIV pozitív.⁷⁵

Mindamellett azokban az országokban, ahol a kábítószer-fogyasztás domináns és a női fogvatartottak injekciós drogfogyasztói múlttal rendelkeznek, gyakori, hogy a HIV előfordulása a nők körében nagyobb, mint a férfiaknál. Moldovában például 2005 januárjában 5 végrehajtási intézetre kiterjedően végezték el a HIV szűrést, amelynek eredménye azt tükrözte, hogy amíg a férfi fogvatartottaknál a HIV rátája 1,40 és 4,71 között mozgott, addig ennek a többszöröse 9,63 % volt a női elítéltek esetén. A jelenség hátterében többek között az áll, hogy a nők számára nyújtott egészségügyi szolgáltatások - a börtönnépességen belüli kisebb arányukból adódóan is – esetenként minimálisak, illetve másodlagosak.

Hasonlóan nagyobb HIV-előfordulás figyelhető meg Európán kívül több kanadai végrehajtási intézetben, illetve az USA-ban is. Egy az USA-ban, Connecticutban vég-

⁷¹ E témáról lásd még: STRUCKMAN-JOHNSON, C. – STRUCKMAN-JOHNSON, D.: *A comparison of sexual coercion experiences reported by men and women in prison*. Journal of Interpersonal Violence 2006/12. 1591–1615. pp. A szerzőpáros e munkájában a szexuális erőszak férfi és női áldozatainak összehasonlításával foglalkozott. Kiemelik, hogy a nemi cselekményt követően mindkét nemre jellemző a bizalmatlanság, az elszéneltség azok iránt, akik körülveszik, a nyugtalan lelkiállapot. Ugyancsak közös tünetként számoltak be az erőszakra történő visszaemlékezésekről, a rossz álmokról, illetve a cselekmény megismétlődésétől való félelemről. A férfiak esetén sajátosságként említhető, hogy aggódnak hímevük csorbulásáért, a hierarchiában betöltött státuszuk elvesztéséért, esetükben megjelenik az utálat érzete, a HIV fertőzéstől való félelem és gyakoribbak körükben az öngyilkos gondolatok, illetve az öngyilkossági kísérletek is.

⁷² A fertőzés terjedésének 5 módja különíthető el, melyek közös ismértve a testnedvek (vér, sperma, anyatej) keveredése:

- a fertőzés megkapható fertőzött vérről vagy vércsökkentéssel,
- anyáról gyermekére történő átvitelről (például méhen belüli fertőzés, szülés, illetve szoptatás során),
- védekezés nélküli szexuális érintkezéssel,
- nem, illetve nem megfelelően sterilizált eszközök révén,
- valamint injekciós kábítószer-fogyasztással, amikor a fertőzött tűt használó személy közvetlenül a véráramba fecskendezzi a vírust.

⁷³ (WHO, UNODC, UNAIDS): Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condom and other measures to decrease sexual transmission, Geneva, 2007. 11–15. pp.

⁷⁴ UNAIDS: i.m. 3. p.

⁷⁵ UNODC: i.m. 11. p.

zett kutatás arra is rámutatott, hogy a HIV-fertőzés szempontjából a nők körében is meghatározó tényező az injektló drog fogyasztás. A vizsgálatba vont női injektló kábítószer-élvező fogvatartottaknak például 59%-a bizonyult pozitívnak, és közülük 51% másokkal megosztva használta az injektló eszközt. Fontos adalék továbbá, hogy a HIV-pozitív nők jelentős hányada nem tudott a HIV-státuszáról a szűrés elvégzését megelőzően. A kutatási eredmények alapján emellett kétszeres kockázati tényezőt jelentett a HIV-fertőzés szempontjából a napi alkoholfogyasztás, több mint kétszereset a szexuális úton terjedő betegségek előfordulása, illetve 18-szorosát a HIV-fertőzött partnerrel történő szexuális kapcsolat.⁷⁶

A fentiek mellett a HIV/hepatitis kockázati magatartásai sorában a nők esetén is szerepet kap a tetoválás, illetve az egyre nagyobb népszerűségnek örvendő testékszerek alkalmazása. Utóbbiaknál a börtönkörnyezetben azonban megnő a fertőzések és az allergiás reakciók kockázata, tekintettel arra, hogy az olyan semleges hatású fémek, mint a sebészeti acél, illetve arany a fogvatartottak számára ritkán elérhetőek és beszerezhetőek. A tetoválások esetén a nem steril, illetve többnyire saját kezűleg készített tetováló eszközök, valamint a már egyszer felhasznált anyagok (tű, tinta, gumikesztyű, törlóruha stb.) alkalmazása potenciális veszélyt jelent a fogvatartottak számára elsősorban a hepatitis C⁷⁷ és B, valamint a HIV fertőzéssel szemben. Emellett a beinjektáláshoz használt festékanyag, amely ebben a közegben például lehet szén, korom, salak, szempillafesték, allergiás reakciókat idézhet elő.

Végezetül utalnék arra, hogy az Egészségügyi Világszervezet 1993-as irányelve a HIV fertőzésről és az AIDS-ról a börtönökben külön rendelkezéseket tartalmaz a női fogvatartottakra.⁷⁸ Ezek lényege, hogy speciális figyelmet kell szentelni a női fogvatartottak szükségleteire. Ennek megfelelően az őket fogva tartó személyzetet képzésben kellene részesíteni a HIV fertőzéssel járó pszichoszociális és egészségügyi problémák megoldására. (44.) A női fogvatartottakat, beleértve a HIV pozitív személyeket, speciális szükségleteiknek megfelelő információkkal (többek között a HIV transzmissziójáról) kell ellátni és szolgáltatásokat biztosítani számukra. Lehetővé kellene továbbá tenni, hogy megvédjék magukat a HIV fertőzéstől, például óvszerek hozzáférhetővé tételével. A nemzeti törvényhozásokkal összhangban családtervezéssel összefüggő tanácsadásokat kell szervezni számukra. (45.)

Az irányelv alapján valamennyi börtönben biztosítani kellene a női fogvatartottak részére rendszeres időközönként nőgyógyászati konzultációkat, különös figyelmet szentelve a szexuális úton terjedő fertőző betegségek diagnosztizálására és kezelésére. A női igényekre orientálódva családtervezési tanácsadások megszervezése lehet indokolt. Szükséges továbbá a terhesség alatti ellátás megfelelő elhelyezéssel, a gyermekek ellátása és védelme, ide értve azokat is, akik HIV fertőzött anyától születtek. Végezetül az irányelv alapján óvszerek és egyéb fogamzásgátlók elérhetőségét kell megteremteni a fogva tartás tartama alatt, illetve a feltételes, valamint végleges szabadon bocsátást megelőzően. (46.)

⁷⁶ ALTICE, L. FREDERICK ET AL.: *Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection*. Journal of Urban Health 2005/2. 312–326. pp.

⁷⁷ A tetováló gyakorlat és a hepatitis C kapcsolatáról lásd DAY, R. F.: *Tattooing in prison: an innocuous practice or a conduit for Hep C?* Body Positive 2005/1. Letölthető: <http://www.thebody.com/content/art30800.html>

⁷⁸ World Health Organization (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. WHO/GPA/DIR/93.3. Recommendations 44–46 concern incarcerated women.

A fogvatartott nők kábítószer-fogyasztásáról

Általánosan elmondható, hogy sok nyugat-európai, illetve kelet-európai országban vagy egyáltalán nincs, vagy csak kevés adat áll rendelkezésre a női fogvatartottakon belül a drogfogyasztók arányát illetően. Tekintettel arra, hogy a kábítószer-élvezők számának növekedése figyelhető meg a végrehajtási intézetekben, minden adat és információ nagy értéket képvisel.

A drogfogyasztók arányának feltérképezése Európában – a férfi fogvatartottakhoz hasonlóan – azért is okoz gondot, mert jelenleg nem létezik a drogfogyasztók vonatkozásában egységes definíció. Illetőleg ha van is pontos fogalom, akkor az túlságosan heterogénnek tekinthető. Így ez a kategória felöllelheti a legális (például nikotin, a dohány, az alkohol) és az illegális drogok fogyasztóit, de ide sorolhatók a gyógyszersedők is, függetlenül attól, hogy a készítmény felírt vagy sem. Egységes definíció hiányában a női fogvatartottak drogfogyasztására vonatkozó adatok összehasonlítása lehetetlen. Az Európai Unió legtöbb tagállama között konszenzus figyelhető meg a tekintetben, hogy a végrehajtási közegben a drogprobléma komoly kihívást jelent, így mind nagyobb jelentőséget tulajdonítanak egy olyan egységes osztályozási rendszer kiépítésének, mely a drogfogyasztás arányát mérné fel, becsülné meg.

A női drogfogyasztó fogvatartottak helyzetét vizsgálta és elemezte az a kutatás,⁷⁹ melyet 2004-ben öt európai ország (Németország, Spanyolország, Skócia, Lengyelország és Ausztria) kutatási központjainak segítségével több európai államban végeztek. A kutatást végzők abból indultak ki, hogy a rendszeres végrehajtási ellenőrzés hiánya miatt a börtönbeli drogprobléma bizonyítására nem sok adat áll rendelkezésre, illetve amennyiben végeznek ilyen jellegű felméréseket és értékeléseket, azok jellemzően a férfi fogvatartottakra fókuszálnak. Ebből adódóan tehát a női rabok jelenlegi és/vagy múltbéli drogfogyasztása a büntetés-végrehajtás fehér foltjai közé tartozik.

A vizsgálat eredményeit értékelve a kutatók vizsgálták többek között a női drogosok női börtönnépességen belüli arányát, a nemzeti börtönadminisztrációk számára leginkább kihívást jelentő kábítószerekkel összefüggő problémákat, a drogokkal és kezelési szolgáltatásokkal összefüggő rendelkezéseket, a szabadulást megelőző, valamint azt követő szolgáltatásokat, illetve általában a drogszolgálatok iránti jövőbeli igényt.

A 2002-es évre adatokat szolgáltató országok (17 ország, illetve régió) felében a női börtönnépességen belül a drogfogyasztók 10-30%-ot képviseltek. Az országok másik felében ez az arány ugyanakkor már 40-60% volt. Itt különösen Írország, Anglia/Wales, Katalónia, Görögország és Észtország említhető. A legnagyobb arányt pedig Finnország jelentette, ahol az adatok alapján a női fogvatartottak 70%-át tekintették drogfogyasztónak. Az Angliára és Walesre vonatkozó adatokból kitűnően emellett a fogvatartotti népességen belül a problémás drogfogyasztó nők 55%-ot, míg a szabad társadalomban 8%-ot képviseltek.

A női elítéltek drogfogyasztói múltját tekintve Lettországbán, Litvániában, Szlovéniában, Luxemburgban, illetve Németországban szinte minden női fogvatartott fogyasztott már kábítószert életében. Ennél kisebb, de mégis számottevő arányt jelentettek Skóciából (75%), illetve Anglia/Walesből (54%). Mindösszesen 6 olyan ország volt, ahol elhanyagolható (10-30%) arányt képviseltek a kábítószer-élvező múlttal rendelkezők,

⁷⁹ ZURHOLD, HEIKE: *Female drug users in European prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Executive summary, Germany 2004.

ami arra a körülményre vezethető vissza, hogy a legtöbb drogos alkohol-és/vagy gyógyszerfüggő.

A 27 régióból csak 6 rendelkezett adatokkal azon női fogvatartottakról, akik a börtönben is folytatták a drogfogyasztást és a női fogvatartottakon belüli arányukat tekintve 1-20% között határozták meg. Ennél jelentősebb arányt a skót büntetés-végrehajtás mutatott fel 56%-kal.

A 2001-2002 közötti időszakot alapul véve sok ország nem tudta, hogy a női fogvatartottak drogfogyasztása milyen irányba változott. Ezzel szemben a kelet-európai országokban az adatok egyértelmű növekedést, míg Dániában, Görögországban, Olaszországban és Luxemburgban csökkenést tükröztek.

A droggal összefüggő problémákat vizsgálva a legtöbb európai ország számára az egészségügyi (például fertőző betegségek, mentális rendellenességek), illetve rehabilitációs kérdések voltak a leginkább meghatározóak. 6 európai tagállam vallotta, hogy a női börtönnépességen belül jelentős arányt képviselnek a már korábban is drogot fogyasztók, valamint a többfajta drogot használó fogvatartottak. Görögországot, Litvániát és Olaszországot leszámítva a szerhasználat, illetve az intravénás drogfogyasztás nem játszott meghatározó szerepet a droggal kapcsolatos problémákon belül. Az adatokból az derült ki, hogy a Cseh Köztársaságban, Máltán és hazánkban a női drogfogyasztók kicsiny aránya miatt droggal összefüggő végrehajtási problémák sem merültek fel.

Az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat⁸⁰ tekintve majdnem minden európai ország/régió nyújtott fogvatartottai számára információkat az egészségügyi kockázatokról, illetve biztosított egészségügyi oktatást, valamint hepatitis elleni védőoltást. 14 országban a büntetés-végrehajtásban megtalálhatók voltak a drogmentes részlegek, az önségítő csoportok és a fogvatartottak által rabtársaiknak nyújtott segítségadások. Ezzel párhuzamosan Belgium, Lettország, Litvánia, Észak-Írország, Lengyelország, Szlovákia az egészségügyi problémák ellenére mellőzte az ártalomcsökkentő kezdeményezéseket és nem ajánlott hepatitis védőoltást a fogvatartottaknak. A kezelési szolgáltatások elérhetőségével kapcsolatban szinte minden európai tagállamban fellelhetők voltak a pszichoszociális támogatások, az egyéni, illetve a drogtanácsadások. Kivételt képeztek Írország, Észtország, Lettország és Ciprus, ahol ezen szolgáltatások közül csak egy, vagy egy sem állt rendelkezésre. 19 ország/régió ajánlott a fogvatartottak számára absztinencia orientációjú rövid tartamú beavatkozásokat börtöneiben, míg ezzel párhuzamosan kevésbé részesítették előnyben az olyan ártalomcsökkentő kezdeményezéseket, mint például a metadon fenntartó kezeléseket.

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások terén pozitív példaként Skócia, Spanyolország, Katalónia, Finnország és a Cseh Köztársaság végrehajtási gyakorlatát hozták fel a kutatók, tekintve, hogy ezen országok széles körben teszik lehetővé a különféle ártalomcsökkentő eszközöket női fogvatartottaik számára. Ellenpéldaként említhető Írország, Észtország, Ciprus, ahol a droggal összefüggő problémákhoz képest elhanyagolhatóak a drog-, illetve kezelési szolgáltatások.

⁸⁰ Az ártalomcsökkentés, mint drogpolitikai fogalom a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó ártalmakat kívánja elsősorban csökkenteni és nem magát a használatot megszüntetni. Az ártalomcsökkentő szemlélet úgy véli, hogy azon esetekben, amikor a szermentesség nem valósítható meg, törekedni kell a drogfogyasztó életminőségének javítására és a használatból járó társadalmi károk minimalizálására. E prevenciós felfogás így elismeri, hogy számos kábítószer-élvező nem tud rövid idő alatt teljesen leszokni a pszichoaktív anyagokról, ezért esetükben a cél az injekciós magatartás biztonságának növelése és az intravénás használat gyakoriságának csökkentése.

A vizsgálat eredményei alapján a fogvatartottak társadalomba történő visszavezetését megkönnyítendő 22 európai ország/régió tart fenn kapcsolatot közösségi alapú drog, illetve egészségügyi ügynökségekkel. 19 állam nyújt segítséget a szabadulás utáni lakás-, illetve munkakereséshez, és nagyjából ennyi biztosít számukra utógondozást. A visszaesés megelőzésére irányuló kezdeményezésekkel ugyanakkor a kutatók 13 ország vonatkozásában találkoztak.

A rendelkezésre álló adatokból az derült ki, hogy nagy lenne az igény a végrehajtások részéről a fogvatartottak által rabtársaik érdekében végzett támogató tevékenységre, illetve ugyancsak pozitív szerepet tulajdonítottak a drogmentes szárnyak/részlegek felállításának.

Az adatgyűjtés során a kutatók az EU tagállamoknak megküldött kérdőívek mellett 185 felnőtt drogfogyasztó fogvatartott körében végeztek interjúkat, összesen 10 börtönben. A részvétel feltételei között szerepelt a 18. életév betöltése, korábbi vagy jelenlegi rendszeres drogfogyasztás, illetve feltétel volt, hogy a szabadulásig 1-6 hónap legyen még hátra. A kérdőíves felmérésből kiderült, hogy a bebörtönzést megelőző hónapban az érintett nők 2/3-a fogyasztott kábítószereket, illetve 54% esetében a drogfogyasztás injektlás formájában történt. A válaszok alapján a börtönben a bebörtönzést követő első héten a nők 49,7%-a folytatta a droghasználatot, majd ez az arány a szabadságelvonnás tartama alatt 37,8%-ra esett vissza. Összevetve a drogfogyasztást a börtönben, illetve annak falain kívül, a kutatók megállapították, hogy a végrehajtási intézetekben, szemben a külvilággal 1 vagy 2 drog fogyasztása volt általános és csökkent a drogfogyasztás gyakorisága is. A fogvatartottak válaszaiból emellett az derült ki, hogy a drogfogyasztás formái közül a kivételnek az intravénás használat számított.

Napjainkban a női fogvatartottak drogfogyasztása Európában különösen az Egyesült Királyságban szembetűnő, ahol az érintettek hozzávetőlegesen 2/3-ának vannak drogproblémái és néhány intézetben ez az arány 70% feletti.⁸¹ A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontjának 2008. évi Jelentése⁸² pedig arról számolt be, hogy Anglia és Wales egyik női börtönében a fogvatartottak 84%-a fogyasztott tiltott szert.

A *drogfogyasztás magas szintje* ezen túlmenően a nők körében nagyfokú alkoholfogyasztással is párosul.⁸³ A londoni Holloway börtönből származó adatok alapján például az újonnan befogadott női fogvatartottak hozzávetőlegesen 60%-ánál jelentkeztek elvonási tünetek, jellemzően 6-9 drog fogyasztásából adódóan. Ezen felül az érintettek felének alkoholfogyasztása elérte a függőségi szintet. Becslések szerint a befogadott női elítéltek legalább 75%-a injektló drogfogyasztó is volt. A kutatók a legfőbb ismérvek alapján felállították a „tipikus” női drogfogyasztó fogvatartott profilját: kora 17-30 év közötti. Drogfogyasztását tekintve heroint használ 1-2 grammot, emellett metadont, kokaint, kannabiszt, benzodiazepineket szed és dohányzik. Kábítószer fogyasztása 9 évre, illetve annál hosszabb időre nyúlik vissza. Injektló drogfogyasztó és egyúttal hepatitis C pozitív is. Pszichiátriai kezelés alatt állt, illetőleg önkárosításra hajlamos. Az életstí-

⁸¹ Prison Reform Trust: Bromley Briefings Prison Factfile, 2004.; www.prisonreformtrust.org.uk és Simpson, Mark – McNulty, Julie: Different needs: Woman's drug use and treatment in the UK. International Journal of Drug Policy 2008/19. 172. p.

⁸² Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja: 2008. évi Jelentés: A kábítószer-probléma Európában. Luxemburg, 2008. 36. p.

⁸³ HARRIS, F. – HEK, G. – CONDON, L.: i.m. 59. p.

lusából adódóan egészségügyi komplikációk jelentkeznek nála, úgymint mélyvénás trombózis, szexuális úton terjedő fertőzések.

Az Egyesült Királyságban végzett kutatás egyúttal arra is rámutatott, hogy sok szerfogyasztónál jelentkezik asztma, feltehetőleg összefüggésben a különféle drogok (heroin, kokain, kannabisz) elszívásából adódóan. Többségük egyébként is erős dohányos. A fogászati kezelések elhanyagolása pedig a drogfüggők esetén azt eredményezheti, hogy ismét visszatérnek a kábítószerkezeléshez. Ennek magyarázata, hogy a fogva tartás alatt a csökkenő drogfogyasztási szint miatt a korábban nagy dózisu opiátokkal kiküszöbölt fájdalom ismét előtör, amelynek semlegesítésére gyakorta nyúlnak a kábítószerkezeléshez.⁸⁴

Az Oxfordi Egyetem kutatói 2006-ban publikált munkájukban⁸⁵ ugyancsak arról számoltak be, hogy a női fogvatartottak számottevő hányadát érintette a kábítószerfogyasztás. A vizsgálatba vont 505 női fogvatartott több mint ¾-e például fogyasztott illegális szert a bebörtönzését megelőző 6 hónapon belül, illetve 58%-nál ez napi rendszerességgel történő használatot jelentett. Összehasonlításképpen az átlagnépesség körében az illegális szerhasználat 12 hónapra visszatekintve is csak 12%-ot tett ki. A bebörtönzés miatt az első 1 hónap során 25%-ra esett vissza a szerhasználók aránya, illetve 3% ismerte el, hogy az illegális szerrel továbbra is minden nap él. A kutatás többek között kitért az injektló drogfogyasztás vizsgálatára is. Az adatok alapján a megkérdezett nők 38%-a nyilatkozott úgy, hogy élete során kipróbálta már a szerhasználat ezen módját. A többség (37%) a bebörtönzést megelőző 8 hétnél régebben injektlta magának a kábítószer, míg ugyancsak meghatározó hányad (28%) a szabadságelvonás megkezdését megelőző hét során. Az adatok alapján egyetlen olyan női fogvatartott sem volt, aki első ízben a végrehajtási intézetben használt volna injektló eszközt. A fogva tartás megkezdését követő 1 hónap során 43 injektló drogfogyasztóból 4 állította, hogy a hónap során is injektlt, de úgy, hogy nem került sor az eszköz cseréjére.

Általánosságban elmondható, hogy a női fogvatartottak meghatározó hányadának lenne szüksége a szerfüggőség kezelésére, de az ilyen irányú programok csak a kisebbség számára elérhetőek. A megfelelő kezelés elmaradása pedig azzal a veszéllyel jár, hogy körükben megnő az ismételt bűnelkövetés, gyakorta éppen a függőség finanszírozása miatt. Számolni kell továbbá a szabadulónál a túladagolások kockázatával is, ami sokszor végződik halállal. Ennek hátterében az áll, hogy sokan nehezen tudnak alkalmazkodni a megváltozott környezethez, gyakorta visszatérnek a drogfogyasztáshoz, mégpedig hasonló mennyiséget és minőséget alkalmazva, mint a szabadságelvonást megelőzően. Ez pedig rendkívüli kockázattal jár, mivel ilyenkor a kis adag is életveszélyes lehet. A legtöbb fogvatartott számára a túladagolások szempontjából a szabadulást követő első 2 hét jelenti a legnagyobb veszélyt.

Mentális problémák

A kábítószer-fogyasztáshoz szorosan kapcsolódik a mentális rendellenességek kérdésköre. A drogfogyasztók ugyanis az esetek nagy részében személyiségzavarral is küzdenek. A kábítószer-fogyasztók börtönbeli kezelésekor ezért a komorbiditás lehetőségét és

⁸⁴ PALMER, JAN: *Special health requirements for female prisoners*. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 157–170. pp.

⁸⁵ PLUGGE, EMMA – DOUGLAS, NICOLA – FITZPATRICK, RAY: i.m. 29–31. pp.

azt is figyelembe kell venni, hogy a személyi szabadság elvonása a mentális problémákat – különösen hosszú tartamú szabadságvesztés és nagy biztonsági fokozat esetén – tovább súlyosbíthatja.

A Kijevi Deklaráció kifejti, hogy a mentális egészségügyi problémák (például a depresszió)⁸⁶ nagyobb arányban figyelhetők meg a női fogvatartottak körében, mint a szabad népességnél. Angliában és Walesben például a női fogvatartottak 54%-a szenved depressziótól, szemben az átlagpopulációban tapasztalható 11%-kal a neurotikus rendellenesség előfordulása pedig körükben 66%-ot, míg a szabad nők körében 16%-ot tett ki.⁸⁷

Fontos kihangsúlyozni, hogy ezen lelki betegségek gyakran okai és következményei is a bebörtönzésnek. A szabadságelvonás új mentális egészségügyi problémákat eredményez, vagy a meglévőket elmélyíti. A vonatkozásban, hogy a szabadságelvonás tartama alatt a fogvatartott mentális egészsége romlik, vagy javulás tapasztalható-e, több tényező közrejátszása említhető, így például befolyásolja a börtön struktúrája, a kezelési lehetőségek, programok köre, elérhetősége. A bebörtönzés negatív hatásai azonban szinte elkerülhetetlenek, ha a női fogvatartott nem kap megfelelő egészségügyi ellátást, a szabadságelvonásra a lakóhelytől, a családtól jelentős távolságra kerül sor. Olaszország ország-jelentése e tekintetben különösen a külföldi fogvatartott nők helyzetére hívta fel a figyelmet.⁸⁸

A férfi fogvatartottakkal összehasonlítva a mentális rendellenességeket más tényezők is kiválthatják, mint a férfiaknál, így az eltérő és elkülönített kezelés indokolt lehet. Az evési rendellenességek, az önkárosítások kezelésének hatékonysága például a férfiak és nők közös elhelyezésénél megkérdőjelezhető. Emellett a lelki trauma háromszor gyakoribb a női fogvatartottak körében, mint a férfiaknál. Az egyik legnagyobb lelki megpróbáltatást a nők számára a gyermekektől való elválasztás jelenti, ami a depressziójuk alapja lehet.⁸⁹ Az erőszak különböző formáinak korai megjelenései pedig önkárosításhoz, és/vagy öngyilkossághoz vezethetnek. Az e tárgyban végzett kutatások azt mutatják, hogy a fogvatartás alatti öngyilkosság nemcsak a férfiak, hanem a nők esetében is vezető halálozási oknak tekinthető.⁹⁰

A legtöbb ország vonatkozásában elmondható, hogy a legfőbb mentális egészségügyi problémát éppen a fogvatartottak szuicid cselekményei jelentik. A személyi szabadság elvonása, a családi kapcsolatok lazulása, rosszabb esetben azok megszűnése, az ismeretlentől, a jövőtől való félelem, a bizonytalanságérzet, az intézetben belüli konfliktusok, vagy akár az elkövetett bűncselekmény miatt támadt bűntudat egyaránt előidézhetik, elősegíthetik azt az idegi állapotot, amely a fogvatartott szuicid magatartásához vezet. Emellett az is leszögezhető, hogy a végrehajtási intézetek lakói által elkövetett öngyilkosságok rátája jellemzően magasabb, mint ugyanezen ráta a szabad lakosság körében.

⁸⁶ A Greifswaldi Egyetem 2005. évi kutatása arra mutatott rá, hogy a vizsgálatba vont 5 német börtön 116 női fogvatartottja közül 22,2%-nál volt tapasztalható nagyfokú depresszió, 58,3% pedig alvási problémákkal küzdött.

Bövebben: King's College London: International profile of women's prisons, London, 2008. 45. p. Angliában és Walesben pedig a női fogvatartottak 14-szer több esetben követtek el önkárosítást, illetve amíg a férfiaknak 1/3-a, addig a nőknek a fele újból meg is kísérelte azt. PALMER, J.: i.m. 58. p.

⁸⁷ The Quaker Council for European Affairs: i.m. 53. p.

⁸⁸ The Quaker Council for European Affairs: Country Report: Italy; www.quaker.org/qcea/prison

⁸⁹ A témához lásd még: National Council on Crime and Delinquency: The spiral of risk: Health care provision to incarcerated women. 2006.

⁹⁰ HEATHER, S.: Suicide behind bars. *Current Opinion in Psychiatry* 2003/5. 559–564. pp.

Ausztriában 1975 és 1997 között a női fogvatartottak öngyilkossági rátája például 7-szer volt magasabb, mint az átlag női populációban.⁹¹

A különféle kutatások elsősorban a férfi fogvatartottakra koncentrálnak, aminek magyarázata ugyancsak abban keresendő, hogy a börtönnépesség szignifikáns hányadát ők teszik ki. Az ún. Corston-jelentés⁹² ugyanakkor leszögezi, hogy a börtönön kívül a férfiak követnek el gyakrabban öngyilkosságot, de ez a helyzet a végrehajtási környezetben megváltozik. A jelentés Angliára és Walesre vonatkoztatva kifejti, hogy amíg 1993-ban 1 női fogvatartott vetett véget életének, addig ugyanez a szám 2004-ben már 13-ra emelkedett. A 2003-as év statisztikája szerint a nők a börtönnépesség 6%-át alkották, de az öngyilkosságok 15%-t mégis ők követték el. A jelentést készítő Jean Corston szerint a szabad társadalomban az anyaság egy olyan tényező, amely védelmet nyújthat az öngyilkos magatartásokkal szemben, ez a faktor azonban a börtönkörnyezetben a gyermekektől való elszigetelés révén megszűnik. Azokban az esetekben pedig, amikor a szabadságelvonás hosszú tartamú, a női elítélt elveszítheti a lehetőséget az anyává válásra is.

Egy másik Angliára és Walesre kiterjedő vizsgálat⁹³ 1990 és 2007 között elemezte a női fogvatartottak által elkövetett öngyilkosságokat. Az adatokból kitűnően 115 nő halt meg végrehajtási intézetben és közülük 88 vetett véget önkéntesleg az életének, emellett a vizsgált időszakot a szuicidumok számának növekedése jellemezte. Bár az elhunytak nem alkottak homogén csoportot, bizonyos általános jellemzőket ki lehetett mutatni. Ezek szerint az öngyilkosságot elkövető fogvatartott nők olyan angol nemzetiségű fiatal, fehér anyák voltak, akiket helyi börtönökben helyeztek el egyszemélyes zárákban. Egyharmadukat nem erőszakos bűncselekmény elkövetésével vádolták. Halálukra a bebörtönzés korai időszakában került sor az őrizetben, vagy az előzetes letartóztatásban, illetve amennyiben jogerős elítéltek voltak, akkor hosszú tartamú vagy életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélték őket. Jellemző volt körükben a kábítószer-fogyasztás és az öngyilkosság veszélye egy már megkísérelt öngyilkosság vagy mentális egészségügyi problémák miatt. A többségük felakasztotta magát.

Ismeretesen az öngyilkosságok megelőzése szempontjából kiemelkedően fontos egyrészt azon személyek kiszűrése, akik a szuicidumok nagy kockázatának vannak kitéve, másrészt az elkövetés szempontjából különösen kritikus időszaknak, és körülményeknek a meghatározása. Az elkövetés ideje szempontjából az előzeteseknek az őrizetbe vételt követő néhány óra lehet egyrészt kritikus, amikor a szabadságelvonás ténye, a hirtelen izoláció, az információhiány, a bizonytalan jövő miatt gyakrabban követnek el öngyilkosságot. A másik kockázatos időszak számukra a bírósági tárgyalást közvetlenül megelőző ítélet, ami különösen akkor jelenthet idegi megterhelést, ha valószínűsíthető az elítélés, illetve a súlyos büntetés.

Általánosságban elmondható, hogy a bebörtönzött fogvatartottak közül a hosszú tartamú szabadságvesztésre ítélték vannak nagyobb kockázatnak kitéve, mivel a fogvatartás tartamának kitolódásával esetükben párhuzamosan nő az öngyilkosság veszélye. Kiemelt rizikó figyelhető meg az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítéltéknél,

⁹¹Bővebben: FRUENWALD, S. – FROTTIER, P. – EHER, R. et al.: *Prison suicides in Austria, 1975–1997*. *Suicide Life Threat Behaviour* 2000;30 360–369. pp.

⁹² Home Office: *A report by Baroness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. 2007, 76. p.

⁹³ SANDLER, MARISSA – COLES, DEBORAH: *Dying on the inside – Examining women's deaths in prison*. INQUEST, 2008.

különösen akkor, ha kizárt a feltételes szabadon bocsátás lehetősége, azaz a szabadság-
elvonás ténylegesen a fogvatartott élete végéig tart. Az elítélti kategóriánál magas rizi-
kójú periódusnak a befogadást követő időszak tekinthető. A Shaw és kollégái által Ang-
liára és Walesre kiterjedő nemzeti vizsgálat⁹⁴ például rámutatott arra, hogy a vizsgált 2
éves periódusban az összes öngyilkosság (172 eset) 1/3-ad részét a befogadást követő 7
napon belül követték el. Egy másik nem kormányzati szerv által végzett kutatás⁹⁵ adatai
szerint pedig a bebörtönzést követő 1 hónapon belül történt az öngyilkosságok elköveté-
sének 50%-a. Ezzel szemben megemlíteném Kanadát, ahol a vonatkozó adatok szerint⁹⁶
a legkritikusabb a fogva tartást követő három hónap, illetve az összes öngyilkosság kö-
rülbelül felét a bebörtönzést követő 6 hónapon belül követik el.

A Howard League for Penal Reform által végzett vizsgálat arra is rávilágított, hogy
az Egyesült Királyságban kialakított „első éjszakás” szárnyak, illetve részlegek, ahol az
újonnan befogadott fogvatartottak eltöltik az első 48 órát, alkalmasak lehetnek az öngyilkosságok megelőzésére, különösen a sérülékenyebb női fogvatartottak esetében.

Jó példaként említhető továbbá fogvatartottak speciális felkészítése az önkárosító,
vagy öngyilkosságot elkövetni készülő társaik megakadályozására. Sok esetben bevett
módszer ugyanis a szuicid jeleket mutató, illetve erőszakos fogvatartottak elkülönítése.
Ez az intézkedés azonban nem oldja meg a problémát, sőt gyakorta megnöveli, fokozza
az elszigeteltség, depresszió érzését. Azokban az esetekben, amikor az önkárosító cse-
lekményekre az esti órákban, vagy hétvégén kerül sor, az izoláció elhúzódhat. Ilyenkor
a képzett fogvatartottak, mint tanácsadók segíthetnek társaiknak az egészségügyi sze-
mélyzet munkába lépéséig. Kanadában, Ontario államban a kingstoni női börtönben
például 11 fogvatartottat képeztek ki tanácsadónak, akik 24 órás szolgálatot teljesítenek.
A program kedvező megítélését mutatja, hogy a fogvatartottak 81%-a elismerően szólt a
kezdemenyezésről, még akkor is, ha azt ténylegesen nem vette igénybe. Angliában és
Walesben hozzávetőleg 100 intézetben alkalmaznak fogvatartottakat arra a feladatra,
hogy meghallgassák társaik problémáit. Ez a program lehetőséget teremt az érintett fog-
vatartottak igénybevételére a börtön bármely részén és a nap minden órájában, illetve
különleges esetekben mód van az éjszakai órákban a közös elhelyezésre is.⁹⁷

A fenti pozitív példákkal szemben néhány országban a fogvatartottak önkárosítását,
illetve öngyilkossági kísérleteit büntetik, ami a mentális terhet tovább mélyíti.⁹⁸

Összegzőként elmondható, hogy a fogvatartott nőkre vonatkozó adatok, statisztikák
ritkák, mivel a legtöbb végrehajtási adat nem tesz különbséget a nemek között. A jelen-
legi helyzet javítása érdekében a szabadságvesztés minden aspektusára kiterjedő adat-

⁹⁴ SHAW, J. – BAKER, D. – HUNT, I.M. – MOLONEY, A. – APPLEBY, L.: *Suicide by prisoners. National clinical survey.* British Journal of Psychiatry 2004;184. 266. p.

⁹⁵ The Howard League for Penal Reform: *Care, concern and carpets: How women's prisons can use first night in custody centres to reduce distress*, 2006.

⁹⁶ Task Force on Suicide in Canada: *Suicide in Canada: Update of the report of the task force on suicide in Canada.* Ottawa: Ministry of National Health and Welfare 1994. 27. p.

⁹⁷ STÖVER, HEINO – WEILANDT, CAREN: *Drug use and drug services in prisons.* In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 101. p.

⁹⁸ UNODC: i.m. 56. p.

gyűjtés és az ilyenformán nyert statisztikák hozzáférhetővé tétele alapvető jelentőséggel bírna.

A kevés és hiányos információ ellenére a legtöbb ország női fogvatartottjaira jellemző többek között a nem megfelelő, illetve lakóhelytől távol eső elhelyezés, a munkalehetőségek, oktatási, képzési programok korlátozottsága, a mentális rendellenességek magas szintje, a nagyfokú drog- és alkoholfüggőség, a testi és szexuális erőszak átélése a bebörtönzést megelőzően, illetőleg az alatt. A szabad népelességgel összehasonlítva általában rosszabb az egészségi állapotuk és a férfi fogvatartottak dominanciájából adódóan a nők szükségletei sok esetben és sok tekintetben elhanyagoltak.

Az egészségügyi színtérre koncentrálv az általános egészségügyi ellátás mellett külön gondot kellene fordítani a speciális egészségügyi szükségletekre is, melyek alapja lehet például a HIV/AIDS és egyéb fertőző betegségek, a drog- és alkoholfüggőség, a mentális problémák. A szükséges kezelések, programok elérhetőségét a folyamatosság fenntartása, ezáltal az eredményesség érdekében ugyanakkor a női fogvatartottak számára a szabadulás után is indokolt lenne biztosítani.

1. számú táblázat

ország	női börtönök száma	férfi börtönök női számmal	vegyes börtönök
Ausztia	1	13	
Belgium	1	6	0
Bulgária	1	0	0
Cseh Köztársaság	1	2	0
Dánia	0	4	0
Egyesült Királyság	15	0	0
Észtország	1	0	0
Finnország	0	8	1
Hollandia	4	3	
Horvátország	1	0	0
Írország	1	1	0
Izland	0	0	1
Lengyelország	7	27	
Lettország	1	0	2
Luxemburg	0	0	1
Magyarország	1	2	0
Németország	7	22	0
Norvégia	3	4	0
Olaszország	5	61	
Örményország	1	0	1
Portugália	4	10	
Svájc ⁹⁹	2		
Svédország	4	2	0
Szlovénia	1	3	

A táblázat forrása: The Quaker Council for European Affairs : Women in prison. A review of the conditions in Member States of the Council Europe, February 2007.40–41.pp.

⁹⁹ A Svájcra vonatkozó adat 2004. szeptemberi. Andrea Baechtold: Strafvollzug. Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz című, 2. kiadásban megjelenő kötete alapján Svájc egyedüli női büntetés-végrehajtási intézete a Hildenbank-i intézmény.

ZSUZSANNA JUHÁSZ**THE FEMALE PRISON POPULATION****(Summary)**

The number of women in prison in Europe is growing. Despite this increase women are still a minority of the prison population. Because of the relatively small number of women prisoners there are fewer prisons which accommodate women. This means that women are imprisoned further away from home, cutting family ties.

Because the majority of prisoners are male there is a lack of data and information available on issues surrounding women in prison. Women with diverse needs are held together. This can mean unsuitable security classifications and regimes may be used. It's especially hard for minority groups such as female juveniles, women are foreign nationals, women prisoners awaiting trial and female prisoners over the age of fifty to have their specific needs addressed. Because of their smaller numbers, there tends to be a lack of rehabilitations and training programmes and health care specifically for women's needs.

There is a lack of information available on the numbers of women in European prisons with HIV/AIDS. However, a large proportion of women in prison have been victims of sexual abuse, which may have exposed them to a heightened risk of HIV infection. Because of alcohol and drug use and their lifestyle, female prisoners are more vulnerable to a large number of physical health problems than men. Offences connected with illicit drugs are a major cause of women's imprisonment.